

Psychosomatische Medizin - von emanzipatorischem Potenzial und Anpassungsdruck

Kellermann, Maren A.

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kellermann, M. A. (2014). Psychosomatische Medizin - von emanzipatorischem Potenzial und Anpassungsdruck. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(2), 49-67. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56627-2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Maren A. Kellermann

Psychosomatische Medizin

Von emanzipatorischem Potenzial und Anpassungsdruck

Psychosomatische Medizin als akademische Disziplin hat in den vergangenen Jahrzehnten eine ambivalente Entwicklung durchlaufen: Sie erlebte einen erfolgreichen Institutionalisierungs- und Professionalisierungsprozess, währenddessen verblassten allerdings die ursprünglich entscheidenden Fragen nach dem Zusammenhang von psychischen Konflikten und körperlichen Krankheiten an der Schnittstelle von Körper, Psyche und Gesellschaft, während der Bedarf nach psychosomatischen Behandlungsmethoden stetig steigt. Im vorliegenden Beitrag wird diese Entwicklung nachgezeichnet und der entsprechende Diskurs in der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychosomatische Medizin, Institutionalisierung, Wissenschaftsentwicklung, Professionalisierung

Einleitung¹

Die Begriffe ›Psychosomatik‹ oder ›Psychosomatische Medizin‹ klar zu definieren und dabei der großen Zahl verschiedener Perspektiven gerecht zu werden, erscheint unmöglich, da sie mittlerweile beinahe inflationär genutzt werden. So kann Psychosomatik als eine Sichtweise auf den Menschen innerhalb der Medizin verstanden werden und bezeichnet dabei zugleich ein mittlerweile sehr ausdifferenziertes Institutionengefüge. Das Verhältnis von Leib und Seele war immer zentraler Gegenstand der Psychosomatik, und so wurde sie von Anfang an durch ungezählte Beiträge aus verschiedenen Wissenschaften geprägt. Wie schon der zusammengesetzte Name andeutet, ist es eine Besonderheit psychosomatischer Medizin, dass sich ihr Aufgabengebiet weder voll in den Rahmen der traditionellen Medizin noch in den einer psychologischen Disziplin einordnen lässt.

Die Ursprünge Psychosomatischer Medizin in der Bundesrepublik sind dabei ohne eine kritische sozialpsychologische Perspektive nicht zu

denken. Ihr ging es um den vegetativen Organismus als eine Größe, die aufgrund der Interaktion mit gesellschaftlichen Bedingungen von vornherein in alle Strukturbildungen psychischer Art involviert ist (vgl. Lorenzer, 1972). Psychoanalytische, soziologische und politische Überlegungen gaben der relativ jungen, mittlerweile jedoch fest institutionalisierten Disziplin der Psychosomatik nach dem Zweiten Weltkrieg einen gesellschaftskritischen Impuls. Dieser droht mittlerweile sukzessive zu verschwinden bzw. ist es in Teilen bereits: Die Frage nach den gesellschaftlichen Ursachen für psychische und somatische Erkrankungen an den Schnittstellen zwischen Geist, Körper und Psyche findet kaum mehr Beachtung. Zwar kann auch in den Anfängen dieser Disziplin nicht von einer Politisierung mit Breitenwirkung gesprochen werden. Dennoch gab es stets – mehr oder weniger vereinzelte – Versuche, die umgebende Gesellschaft in ätiologische Überlegungen mit einzubeziehen, die über die Jahrzehnte verschiedene Konnotationen erfuhren. Mit zunehmender Professionalisierung der akademischen Psychosomatik nehmen diese Versuche ab, was durchaus als Entpolitisierung gelesen werden kann.

Im vorliegenden Beitrag wird der Entwicklungsprozess psychosomatischer Medizin vor dem Hintergrund jener Konfliktlinien untersucht, die die Disziplin in ihren Ursprüngen prägten. Zunächst erfolgt ein Überblick über die emanzipatorischen Elemente Psychosomatischer Medizin um zu verdeutlichen, welches Potenzial ihr innewohnt, um darauf aufbauend Psychosomatische Medizin und Gesellschaftskritik zusammen zu denken. Dieser Abschnitt zeigt, dass Psychosomatische Medizin durchaus über die Voraussetzungen verfügt, den Zusammenhang von gesellschaftlichen Verhältnissen und körperlicher Krankheit aufzudecken. Ob und wie dies getan wurde und wird, soll durch einen Blick in die Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erhellt werden. Die Tendenzen, die sich ausmachen lassen, werden dann abschließend eingebettet in erkenntnistheoretische Überlegungen. Anpassungsdruck und Professionalisierungsgewinn, so die These, führten über die Jahrzehnte zu einer Entkernung der Disziplin.

Emanzipatorische Elemente Psychosomatischer Medizin

So wie die Psychoanalyse Freuds kritisches Potenzial »für eine Analyse gesellschaftlicher Phänomene« (Brunner & Lohl, 2012, S. 33) birgt, hat sie dieses auch für eine Psychosomatik im kritischen Sinne. Psychosomatik war in ihren Ursprüngen untrennbar mit der Psychoanalyse verbunden und läuft ebenso wie diese bis heute oft Gefahr, »psychologistisch verengt, enthistorisiert, naturalisiert und mythologisiert« (ebd.) zu werden. Auch Freud ging davon aus, dass das Individuum eine Form des neurotischen Leidens durch eine somatische Erkrankung zu ersetzen in der Lage ist, wobei er solchen Überlegungen stets skeptisch gegenüberstand. Er hatte dabei im Wesentlichen den konversionshysterischen Mechanismus der Symptombildung im Auge, daher im Allgemeinen diejenigen Körperstörungen, die tendenziell als funktionelle Störungen bezeichnet werden (vgl. Hahn, 1983b). Somit ist die Psychoanalyse bereits in ihrer Entstehung mit einer psychosomatischen Erkrankung verknüpft. Inwieweit Freud selbst Ansätze entwickelte, die im Verständnis organischer Erkrankungen wesentlich darüber hinausgehen, kann hier nicht abschließend beantwortet werden und ist auch eine Frage der Lesart. Inspiriert von Freuds Theoriebildung jedenfalls entwickelten sich die psychoanalytischen psychosomatischen Theorien innerhalb der ersten und zweiten Psychoanalytiker_innengeneration weiter; ebenfalls aus diesen Reihen erwachsen Versuche, die individualgenetische Betrachtungsweise der Psychoanalyse nach der gesellschaftstheoretischen Seite hin zu ergänzen (vgl. Möhle, 2010; Brunner & Lohl, 2012). Wieder aufgenommen wurden diese Perspektiven beispielsweise von Alfred Lorenzer, Helmut Dahmer, Klaus Horn und Karola Brede. Gemeinsam ist den theoretischen Entwürfen dabei der Versuch, Gesellschaft und Krankheit in ihrer gegenseitigen Bedingtheit greifbar zu machen, aus einer gesellschaftskritischen Perspektive. Vor einem solchen theoretischen Hintergrund können Soziologie und Medizin sich dann gegenseitig befruchten. Und zwar in Form einer Wissenschaft, so benennt Karola Brede diese Form der Psychosomatik treffend, »die zu Recht in klinisch-organischen Krankheiten gesellschaftlich bedingte, pathogene Prozesse sieht und

deshalb den Sozialisationsprozeß des psychosomatisch Kranken untersuchen kann« (Brede, 1972, S. 11). Die dafür notwendige Integration von Psychoanalyse und kritischer Gesellschaftstheorie ist dabei eine weder selbstverständliche noch unproblematische Zusammenführung (vgl. Brunner et. al., 2012).

Neben diesem psychoanalytischen Kern stellen klinisch-biographische Ansätze eine frühe Erscheinungsform Psychosomatischer Medizin dar. Sie wurden vornehmlich in der Psychiatrie und der Inneren Medizin/Neurologie entwickelt. Für die Psychiatrie ist der Zusammenhang von Krankheitserscheinungen und Lebensumständen offensichtlicher, was die Innere Medizin betrifft waren es vor allem »die großen Unterschiede im Verlauf und in der Prognose von naturwissenschaftlich-nosologisch als Einheiten verstandenen Erkrankungen [...], die auch zur Zeit der Hochblüte naturwissenschaftlicher Wissenschaftsgläubigkeit den Anlaß gaben, nach den bestimmenden Anteilen der individuellen Krankengeschichte bzw. den sozialen Umständen zu fragen« (Hahn, 1983a, S. 37). Eine Ausprägung dieser biographischen Ansätze, die manchmal auch als die »Biographische Medizin« überhaupt bezeichnet wurde, ist an die Namen Richard Siebeck und Viktor von Weizsäcker gebunden. Letzterer gilt heute als einer der entscheidenden Gründerväter der Psychosomatik in der Bundesrepublik und beeinflusste einen weiteren dieser Gründerväter beträchtlich; so wurde 1950 die erste an einer Universität angesiedelte Abteilung für Psychosomatische Medizin in Heidelberg von Viktor von Weizsäcker und Alexander Mitscherlich eröffnet.

Von Weizsäckers erklärtes Ziel war es, das Subjekt (wieder) in die Medizin einzuführen; die Wichtigkeit des ärztlichen Gespräches durchzieht sein Werk wie ein roter Faden. Jede körperliche Erkrankung lehrt bei ihm, dass Begriffe wie Verantwortung, Entscheidung, Wille einen ganz anderen Sinn haben müssen als die ans Bewusstsein gebundene Vorstellung von Wille und Entscheidung. Für diesen Punkt brauchte von Weizsäcker Freud: »Die psychosomatische Medizin muss eine tiefenpsychologische sein oder sie wird nicht sein« (Weizsäcker, 1949, S. 455). Die Verknüpfung von innerer Medizin und Psychoanalyse, mit der von Weizsäcker in der Fachwelt verschiedentlich anecken sollte, stellt »eine

beachtliche Pionierleistung« dar (Hoyer, 2008, S. 94), wobei von Weizsäckers Psychoanalyseverständnis stets ein selektives blieb.

Von Weizsäckers Interesse galt dabei nicht erstrangig der Erforschung der Seele, sondern der subjektiven Krankheitserfahrung. Krankheit an sich vertritt bei ihm das ungelebte Leben:

»[...] aus der Klinik der Migräne, Angina pectoris und der Cholezystopathien [Erkrankungen der Gallenblase, MK] sind täglich Beobachtungen zu entnehmen, daß statt eines in der Liebe, in der Fortpflanzung, in der Arbeit, im Geiste ungelebten Lebens ein körperliches Symptom auftritt. Jetzt hat man einen Menschen, der ein in der Liebe, in der Fortpflanzung, der Arbeit, dem Geiste, verkürztes Leben und dazu eine Krankheit hat. Ist das so schwer zu verstehen? Schwer ist nur, das in jedem konkreten Fall zu Gesichte zu bringen« (Weizsäcker, 1949, S. 460).

Neben Viktor von Weizsäcker ist Alexander Mitscherlich ein weiterer prominenter »Gründervater« Psychosomatischer Medizin in der Bundesrepublik. Schärfer als bei von Weizsäcker treten bei Mitscherlich gesellschaftliche Fragen in den Vordergrund. Unter anderem in *Krankheit als Konflikt* (Mitscherlich, 1966) beschreibt er die soziale und politische Dimension von Krankheit. Es sind Konflikte zwischen einer als unerträglich empfundenen Abhängigkeit von nicht nur als mächtig erlebten, sondern wirklich mächtigen Institutionen und Triebregungen, die Krankheit auslösen und erhalten. Krankheiten werden durch diese Betrachtungsweise zum letzten Glied einer Kette, welche ihren Ausgang in sozialen Konflikten nimmt. Und diese sozialen Konflikte sind in letzter Konsequenz politisch bestimmt. Es ist logisch, dass Mitscherlich seine Aktivität über sein ärztliches und psychoanalytisches Handeln hinaus auf *Soziologie und psychoanalytische Forschung als natürliche Verbündete* (Mitscherlich, 1967) ausdehnte und der traditionellen Medizin gerade in dieser Hinsicht einen engen Horizont vorwirft: »Zum dogmatischen Krankheitsbericht als Körperkrankheit gehört, dass in der medizinischen Erziehung Psychologie und Sozialpsychologie fehlen« (ebd., S. 452). Die individualgenetischen Aussagen haben bei Mitscherlich ebensolches

Gewicht wie die soziogenetisch zentrierten. Damit ist jeder Patient, jeder Mensch, ein Schnittpunkt und kein eigenständiges, von seiner Umwelt losgelöstes Individuum.

Psychosomatische Medizin und Gesellschaftskritik

Durch Berücksichtigung dieses theoretischen Hintergrundes wird ersichtlich, dass Psychosomatische Medizin von der Somatisierung unerträglich gewordener Lebensverhältnisse ausgehen kann. Dies widerspricht dem vorherrschenden Kausalitätsdenken innerhalb der modernen Medizin und der Vielschichtigkeit der Prozesse ist mit einer empirisch-analytischen Forschungsmethode schwer beizukommen: Dass das Überleben »mit Hilfe symptomatischer Abwehrleistungen gesichert werden« müsste (Thoma, 1985, S. 143), ist im herrschenden Theoriegebäude ein – vorsichtig ausgedrückt – sehr ungewöhnlicher Gedankengang. Eine solche Betrachtung hat einen psychogenetischen Akzent, der in frühe kindliche Entwicklungsstadien führt, »die wiederum unter dem ausschließlichen Blickwinkel der individuellen Genese und ohne eine Auseinandersetzung mit den objektiv-gesellschaftlichen Bedingungen des Sozialisationsprozesses nicht ausreichend zu verstehen sind« (Vogt, 1983, S. 4). Mitscherlichs Konzept der ›zweiphasigen Abwehr‹ verdeutlicht dies, es geht von einer zweifachen Fehlanpassung aus. Das (vorhergehende) neurotische Symptom ist bereits eine labile Lösung, die Verschiebung in den Körper führt noch weiter vom Ich und damit von der Möglichkeit weg, einen Konflikt halbwegs angemessen zu verarbeiten. Der Konflikt wird nicht mehr als solcher wahrgenommen (vgl. Mitscherlich, 1966). Die Verkürzung des Zusammenhangs zwischen Symptom, Psyche und Gesellschaft, die Klaus Horn zu Beginn der 1980er Jahre für die klassische Schulmedizin feststellte, gilt mittlerweile auch für Teile der psychosomatisch orientierten Medizin. Als Konsequenz daraus kann »der *ätiologische Zusammenhang zwischen dem von den Normen ausgeübten Druck einerseits und der Symptomproduktion andererseits nicht mehr theoretisch dargestellt* oder zumindest nur noch relativ unspezifisch benannt werden« (Horn, 1982, S. 174; Herv. i. O.). Bei Berücksichtigung dieses Zusammenhangs aller-

dings können sehr spezifische Rückschlüsse gezogen werden, wie Karola Brede es deutlich ausdrückt: »Von der Zunahme psychosomatischer Störungen lässt sich – wie spekulativ auch immer – auf eine Zunahme intensiver gesellschaftlicher Repressivität, auf eine Ablösung ›extensiver‹ durch ›intensive‹ Ausbeutungsstrategien und auf eine Zunahme regressiver generativer Ich-Leistungen schließen« (Brede, 1972, S. 183). Hier zeigt sich, welches Potenzial in einer Psychosomatik steckt, die gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und psychoanalytische Überlegungen in ein Theoriegebäude integriert: Die Erkrankung kann im Idealfall an ihrer Wurzel behandelt werden und zugleich Aufschluss geben über diesen von den Normen ausgeübten Druck. Und dann kann die Therapie, konsequent zu Ende gedacht, nicht ausschließlich am Individuum ansetzen sondern muss darüber hinaus auch versuchen, die entsprechenden gesellschaftlichen Verhältnisse zu »kurieren«.

Ob eine an Universitäten angesiedelte Psychosomatik einerseits das Interesse und andererseits die Möglichkeiten hat, solche Überlegungen konsequent in ihren Konzepten umzusetzen, ist fraglich. Ein Blick auf den Fachdiskurs der letzten Jahrzehnte soll im Folgenden verdeutlichen, welche ›Denkstile‹ sich durchgesetzt haben.

Der akademische Diskurs

Die Vermutung eines institutionellen Anpassungsvorgangs, welcher jenes emanzipatorische Potenzial psychosomatischer Medizin verdrängt hat, liegt hier nun nahe. Bei einer Untersuchung dieses Prozesses muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Psychosomatik derweil, sowohl in ihren Institutionen als auch in ihren Konzepten, ein unübersichtliches Feld geworden ist und herrschende Paradigmen in ihrem Wirken selten deutlich benannt werden. Es existiert eine Vielfalt von Perspektiven und Ansätzen, deren Komplexität irgendwie beizukommen ist.

Mit einem Blick in die *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* sollen hier die vorausgegangenen Überlegungen flankiert und verdeutlicht werden, nicht ohne dabei auf die entscheidenden institutionellen Entwicklungen hinzuweisen. Die Zeitschrift erscheint seit 1954

und ist eines der größten Fachorgane. Um den Textkorpus etwas übersichtlicher zu gestalten orientiert sich der Einblick am Beispiel der Erkrankungen des Verdauungstraktes als eine der »klassischen« Psychosomatischen Krankheiten (vgl. Alexander, 1950), deren bevorzugte diagnostische und therapeutische Behandlung über die Jahrzehnte deutliche Wandlungen erfuhr. Im Folgenden soll ein dem Umfang dieses Beitrags angemessener Einblick in die Fülle dieser Überlegungen für den Zeitraum von 1954-1994 erfolgen.

Beim erstmaligen Erscheinen 1954 hieß das Blatt noch *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*. In den 1950er Jahren finden sich ausschließlich psychoanalytisch orientierte Aufsätze, was in engem Zusammenhang steht mit der Einführung der Zusatzbezeichnung *Psychotherapie* in die ärztliche Weiterbildung. Diese erfolgte 1957 und wurde zehn Jahre darauf zur Kassenleistung (vgl. Springer et al., 2007, S. 10). Für die 50er Jahre bedeutete dies einen der ersten Schritte im Institutionalisierungsprozess im akademischen Bereich.

Eine der zentralen Fragen der 1950er Jahre ist die nach der Spezifität einer Krankheit: Welche Konstitution, welche Voraussetzungen im Zusammenhang mit welcher Konfliktsituation führt zur manifesten Erkrankung? So stellt Schwidder gleich im ersten Heft die Frage: »Bezeichnet man die Verdauungsstörungen als Zivilisationskrankheit, müssten konsequenterweise die gesamten Lebensbedingungen einschließlich aller Erlebnisabläufe und seelischer Konfliktsituationen auf ihre ätiologische Bedeutung untersucht werden« (Schwidder, 1954, S. 4f.). Die Problematik der unterschiedlichen Methoden von traditioneller Medizin und Psychosomatik werden klar benannt, so stellt Glatzel fest: »Es liegt in der Natur der Sache, daß das Wesen einer menschlichen Persönlichkeit und die Bedeutung eines Erlebnisses nicht in gleicher Weise exakt und objektiv greifbar festgestellt werden können wie die Säurewerte des Magensaftes und das Relief der Magenschleimhaut« (Glatzel, 1954/55, S. 12). Dass die Psychosomatik ohne »wissenschaftliche Methoden« Gefahr läuft, nicht ernst genommen zu werden (ebd., S. 14), ist eine Erkenntnis, die sich auch die nächsten Jahrzehnte wiederfinden wird. Es ist eine psychogene-tische Betrachtungsweise die überwiegt, die Ursprünge von Krankheit

werden immer auch in der psychischen Konstitution der Patient_innen gesehen. Bei Hagsphil wird dies bereits im Titel deutlich: *Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen-Darmerkrankungen* (Hagsphil, 1954/55). Behandlungsmethode ist die Psychoanalyse, der Großteil der Aufsätze schildert dementsprechend Fallgeschichten, meist mit Heilerfolg. Hinweise auf die die Patient_innen umgebenden gesellschaftlichen Bedingungen finden sich durchaus, diese werden allerdings nicht systematisch untersucht, sondern im Zusammenhang mit der jeweiligen Konfliktsituation geschildert. Die 1950er Jahre sind geprägt von einem psychosomatischen Modell, das eine neurotische Veranlagung in Zusammenhang mit bestimmten auslösenden Konfliktsituationen als ätiologisch bedeutsam erachtet; der Diskurs bezieht sich auf die Frage, *wie* genau diese Zusammenhänge zu betrachten und noch nicht, *ob* sie überhaupt vorhanden sind.

1967 wird das Publikationsorgan in *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* umbenannt, diesen Namen trägt es bis 1998. Mitte der 60er findet sich der erste Aufsatz, in dem die somatische Anamnese verhältnismäßig mehr Raum einnimmt (Bourquin & von Kerekjarto, 1964), zudem ist das erste Mal von »Testverfahren« (ebd., S. 13f.) die Rede, wobei quantitative und qualitative Verfahren kombiniert werden. Die Fallvignetten der 1950er Jahre weichen im Großen und Ganzen einer »neueren« Perspektive, die auf verschiedene Weisen versucht, quantitative Anteile zu integrieren. So werden beispielsweise eingehend Betriebsstrukturen untersucht, es ist ein soziologischer Blick, der die subjektzentrierte Sichtweise allerdings nicht ergänzt, sondern an ihre Stelle tritt. »Bei der statistischen Berechnung fand sich eine ›sehr signifikante‹ Anhäufung [chronischer Magenleiden, MK] bei den Vorgesetzten. Auch bei den meisten Akkordarbeitern war eine signifikante Erhöhung festzustellen« (Dreyer & Görge, 1964, S. 25). Von einer notwendigen Veränderung der Arbeitsbedingungen ist nicht die Rede, überhaupt werden gesamtgesellschaftliche oder politische Themen in den 60er Jahren nicht aufgegriffen, es ereignet sich allerdings Ende des Jahrzehnts eine berufspolitische Neuerung:

Im Medizinstudium ist die *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* seit 1970 Pflichtfach in der Ärztlichen Approbationsordnung und damit auch an den bundesdeutschen Universitäten. Diese Neufassung stellt einen entscheidenden Wendepunkt dar, da sie der Psychosomatik und der Psychotherapie einen zentralen Raum in der medizinischen Ausbildung zuweist. Damit ist der Institutionalisierungsprozess weit fortgeschritten, die Psychosomatik ist, wenn auch in übersichtlichem Umfang, fest integriert ins universitäre Gefüge der Bundesrepublik. In den 1970er Jahren lässt sich weiterhin eine Verschiebung der Krankheits-schilderungen erkennen, die physiologischen Vorgänge werden detaillierter erläutert. Hagedorn (1972) erwähnt dabei sowohl sozio-ökonomische als auch epidemiologische Untersuchungen, wobei er sie allerdings nicht systematisch mit einbezieht. Diese »geben interessante Aufschlüsse über die soziologischen Faktoren im Umfeld der erkrankten Personen, lassen aber bisher keine Rückschlüsse zu im Hinblick auf die pathogenetischen Vorgänge« (ebd., S. 139). Im Laufe des Jahrzehntes werden zunehmend psychologische Testverfahren angewandt, diese Entwicklung ist kontinuierlich. Auch das Plädoyer für psychotherapeutische Maßnahmen findet sich in verschiedenen Formulierungen durchgehend:

»Die Therapie der Colitis ulcerosa, die in den meisten Fällen internistisch zu sein pflegt, in Einzelfällen chirurgisch sein muß, kann dann nicht nur mit psychotherapeutischen Maßnahmen sinnvoll kombiniert werden; diese bietet vielmehr die Möglichkeit, in zahlreichen Fällen weitere Krankheitsschübe zu verhindern und damit einen Langzeiterfolg zu sichern« (Jörgens & Dieckhöfer, 1972, S. 322).

Eine entscheidende Neuregelung der 1980er Jahre ist die Einführung des Zusatztitels *Psychoanalyse* in die Weiterbildungsordnung. Dieser konnte bisher nur in privat-vereinsrechtlich organisierten, berufsbegleitenden Weiterbildungsgängen erworben werden. Die sozialrechtliche Anerkennung der Verhaltenstherapie in den achtziger Jahren führt zum Verlust der Monopolstellung psychoanalytisch begründeter Verfahren in der psychotherapeutischen und damit psychosomatischen Krankenversor-

gung (Springer et al., 2007, S. 10). Deutlich zeigt sich dies an der Sprache; so wird das erste Mal ausdrücklich von »psychoanalytischer Psychosomatik« (Zepf et al., 1981) gesprochen. Insgesamt fällt auf, dass die Darstellungen in Form von Diagrammen und Tabellen weiterhin zunehmen, was einerseits sicherlich den technischen Möglichkeiten geschuldet ist, andererseits aber auch interpretiert werden kann als ein Schritt auf dem Weg zur ›Objektivität‹, der mit erhöhtem Legitimierungsdruck einhergeht. Dieser Begriff taucht in den 80er Jahren dann auch die ersten Male auf: »Zur Erhöhung der Auswerter-Objektivität erfolgte die Analyse der Tonbandprotokolle mittels ›conference-rating‹ durch 1 Mediziner und 2 Psychologinnen« (Kipnowski & Kipnowski, 1981, S. 373). Darüber hinaus tritt vermehrt der Gießen-Test in Erscheinung, Familientherapie und die ersten systemischen Ansätze werden Mitte der 1980er Jahre in einem Aufsatz vorgestellt (vgl. Wirsching 1984).

Versuche der ›Objektivierung‹ von Forschungsergebnissen sind auch zu Beginn der 1990er Jahre anzutreffen. Probst u. a. versuchen dies, indem sie verschiedene psychologische Testverfahren einsetzen:

»Bei den Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ließen sich mit dem FSI [Fragebogen zur sozialen Integration, MK] im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante soziale Beeinträchtigungen [...] nachweisen. Somit konnten wir die [...] beschriebenen psychosozialen Einschränkungen bei Colitis ulcerosa bzw. Morbus Crohn mit Hilfe von Kontrollgruppen objektivieren« (Probst et al., 1990, S. 276).

Dabei werden auch die zwischenmenschlichen Beziehungen im Umfeld der Patient_innen abgefragt, dies ist mit »sozial« gemeint. Diese explizite Einbeziehung von sozialen Befunden neben somatischen und psychischen Erkenntnissen wird dabei als gewinnbringend wahrgenommen: »Psychosomatische Forschung konzentrierte sich früher häufig auf die Beschreibung psycho-somatischer Zusammenhänge und hatte eine gewisse Tendenz, das äußere Bedingungsgefüge, d. h. den sozialen Rahmen zu vernachlässigen« (Deter et al., 1991, S. 46). Wie bereits deutlich wurde, ist dies nicht ganz zutreffend, im genannten Sinne »soziale« Faktoren sind

auch jene auslösenden Konfliktsituationen der 1950er Jahre. Dass dem Sozialen prinzipiell nicht sonderlich viel Gewicht beigemessen wird, ist allerdings korrekt. Darüber hinausgehende, gesellschaftliche oder gar politische Entwicklungen fließen auch Anfang der 1990er Jahre nicht systematisch in Untersuchungen ein. Und weiterhin existieren, allen Objektivierungsversuchen zum Trotz, verschiedene Ansichten, wie viel Gewicht welchem ätiologischen Faktor zuzusprechen ist:

»Unsere ätiopathogenetischen Vorstellungen hinsichtlich des Krankheitsbildes der Colitis ulcerosa gehen bis heute weit auseinander. [...] So bleibt es letztlich bis heute umstritten, ob die bei diesen Patienten beschriebenen psychopathologischen Auffälligkeiten nur zufällig oder gesetzmäßig mit dem Krankheitsgeschehen verbunden sind, und wenn gesetzmäßig, ob sie dann in einem ursächlichen oder reaktiven Sinne wirken« (Lieberz, 1991, S. 344f.).

Hier ist wieder alles offen, verglichen mit den Überzeugungen der 1950er und 1960er Jahre eine deutliche Veränderung. 1994 dann allerdings wird ein Aufsatz von Franz Alexander wiederveröffentlicht, der genau diese psychologischen Faktoren benennt: *Der Einfluß psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium* (Alexander, 1994).

Die Vielfalt und schleichende Veränderung der Schwerpunktsetzung, die allerdings durchaus ambivalent verläuft, zeigt deutlich: Innerhalb dieses Fachdiskurses eine einheitliche Meinung auszumachen, ist unmöglich, ebenso verhält es sich mit ›objektiver Wahrheit‹. Es sind vielmehr bestimmte ›Denkstile‹, die sich in Methodenwahl und Thematik wieder spiegeln.

Denkstile und Denkkollektive

Sowohl körperliche als auch seelische Krankheiten – ebenso die Grenze zwischen diesen – sind, das zeigt dieser Einblick, Erfahrungswerte, die sich mit Zeit und Wissen verändern. Es finden sich interessanterweise keine Aufsätze, die die Wahrheit oder Überlegenheit einer bestimmten Sichtweise und Behandlungsmethode im empirisch-analytischen Sinne

tatsächlich ›beweisen‹ würden. Inwieweit Wahrheitsfindung in diesen Fragen überhaupt möglich ist, muss hier offen bleiben.

Psychosomatische Medizin war durch Integration als Teilgebiet der klinischen Medizin und der daraus resultierenden Legitimationsproblematik stets den prägenden Einflüssen des mächtigeren »schulmedizinischen« Systems ausgesetzt. Neben häufig sehr verhärteten Fronten führte dies zu einem erhöhten Anpassungs- und Professionalisierungsdruck um sich behaupten zu können. Siegrist stellt die These auf, dass »eine wissenschaftliche Disziplin in ihrem gesellschaftlich-kritischen Engagement und in der theoretischen Durchdringung ihres Gegenstandsbereichs umso offener, aufgeschlossener, innovativer zu wirken vermag, je weniger sie von den Fesseln der Professionalisierung in ihrem Handeln, aber auch in ihrer paradigmatischen Denk- und Forschungsrichtung gebunden ist« (Siegrist, 2001, S. 479). Er bezieht sich ausdrücklich auf die deutsche Psychosomatik seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges und sieht eine ernsthafte Gefahr in dem Zusammenhang zwischen »zunehmendem Professionalisierungsgewinn und abnehmender gesellschaftskritischer und theoriebezogener Reflexion« (ebd., S. 484). Der Blick in den Fachdiskurs stützt diese Überlegung: Mit zunehmender Institutionalisierung und Professionalisierung nähern sich die Fragestellungen dem Kausalitätsdenken der traditionellen Medizin an und es wird zunehmend nach messbaren ›Beweisen‹ gesucht. Wobei, das sei hier eingestanden, klare gesellschaftskritische oder soziologische Überlegungen zumindest im untersuchten Textkorpus ohnehin rar gesät sind. Zudem ist während dieses Prozesses die Frage, inwieweit eine Erkrankung durch seelische Faktoren ursächlich mitbedingt ist, in den Hintergrund gerückt gegenüber der Frage, welchen Einfluss seelische Faktoren auf den Verlauf der Erkrankung haben und inwieweit psychotherapeutische Maßnahmen Hilfe bieten können (vgl. Schüssler, 2002, S. 384f). Dass auch diese Perspektive wichtig und notwendig ist, soll hier nicht in Frage gestellt werden. Wenn jedoch die Frage nach den Ursachen dabei verloren geht, so verblasst mit ihr auch die gesellschaftliche Dimension.

An dieser Stelle möchte ich einige erkenntnistheoretische Überlegungen von Ludwik Fleck aufgreifen, der über die für die Medizin typische

Verbindung von theoretisch-experimenteller und therapeutisch-praktischer Zielsetzung das Augenmerk sehr anschaulich auf den kooperativen, kollektiven Charakter wissenschaftlicher Forschung lenkt (vgl. Schnelle 1982, S. 9). Für Fleck ist die wissenschaftliche Tatsache eine kulturell variable Größe, die durch außerwissenschaftliche »Präideen« geprägt ist, womit er den empirischen Begründungsversuch selbst in Frage stellt. Die sozialpsychologischen Strukturen der Denkkollektive sind hier fundamental, ebenso wie die kulturgeprägten Denktraditionen, in denen auch Wissenschaftler_innen stets verankert bleiben (vgl. Schäfer & Schnelle, 1983, S. 9). Diesen erkenntnistheoretischen Standpunkt kombiniert Fleck mit einem sozialpsychologischen Argument, das ihm erlaubt, sich gegenüber einer auf der Hand liegenden Frage zu sichern, die Schäfer und Schnelle klar formulieren: »Wenn dem epistemologisch so ist, warum werden sich die Wissenschaftler dann nicht dieser konstruierten Fiktivität ihres konzeptionellen Apparats bewußt?« (ebd., S. 19). Denkstile, so argumentiert Fleck, sind kollektive Phänomene; er begreift sie als Ergebnisse von Sozialisationsprozessen in sich geschlossener Gemeinschaften. Sie sind für ihre Mitglieder nicht wahrnehmbar. Fleck selbst formuliert dies deutlich: »Man vergißt die simple Wahrheit, daß unsere Kenntnisse viel mehr aus dem Erlernten als aus dem Erkannten bestehen« (Fleck, 1983, S. 46). Was bedeutet dies nun bezogen auf die Entwicklung psychosomatischer Medizin? Betrachtet man die Psychosomatik als Teilsystem eingebettet in das sie umgebende Medizinalsystem, welches nach wie vor die Deutungshoheit besitzt, so schwappt der Denkstil der traditionellen Medizin zwangsläufig über, bzw. muss die Psychosomatik, um sich selbst zu erhalten, diesen übernehmen. Ob, wie Kollbrunner (vgl. 2010) insistiert, die medizinische Annexion Psychosomatischer Medizin eine Einsicht in deren gesamtgesellschaftliche Relevanz tatsächlich verhindert, kann für das gesamte Feld kaum eindeutig beantwortet werden. Der Gedankengang ist allerdings durchaus nachvollziehbar und wird durch den Blick in die Aufsätze nicht widerlegt. Neben dieser »medizinischen Annexion« sind auch Entwicklungen im Psychotherapiebereich zu berücksichtigen. Da Psychosomatik in ihren Wurzeln mit einer über die Psychoanalyse vermittelten subjektzentrierten Konflikttheorie verwoben

ist, bedeutet die momentan zu beobachtende Marginalisierung psychoanalytisch ausgerichteter Forschung an den deutschen Universitäten auch einen Verlust für die Psychosomatik als Disziplin.

Durch das Ausklammern gesellschaftlicher Bedingungen in der Behandlung jedenfalls würde auch diese in ihren Wurzeln emanzipatorische, letztlich auf die Befreiung von undurchschauten Zwängen zielende Disziplin funktionalisiert, da Symptome zwar gelindert und Patient_innen im ökonomischen Sinne wieder arbeitsfähig werden, das Zusammenspiel von subjektivem Erleben und äußeren Lebensbedingungen – also gesellschaftlichen Verhältnissen – als mögliche Ursache jedoch nicht mehr in Betracht gezogen wird. Im Rückschluss sind es jene Verhältnisse, die auch im Falle einer adäquaten Therapie eine tatsächliche Heilung unterbinden können. Der Verlust der sozialen Dimension der Psychosomatik führt zu einer Rückverschiebung ins Biologische oder Individuelle. Eine Vereinnahmung durch die traditionelle Medizin und die alleinige Konzentration auf biologische Faktoren birgt die Gefahr einer rein pharmakologischen Herangehensweise, wobei die Pharma- und Geräteindustrie sowohl als Katalysator als auch als Nutznießer eines hochlukrativen Marktes mit umstrittenen Erfolgsversprechen fungiert (vgl. Kollbrunner, 2010, S. 168ff; speziell zu Psychopharmaka Hasler, 2012, S. 81ff.). Die Individualisierungstendenzen werden durch die Ausweitung des Präventionssektors unterstrichen, die vor allem im Zuge des Anstiegs psychosomatischer Erkrankungen und der damit verbundenen Frühverrentungen vorgenommen wurde (vgl. Bühren et al., 2008). Neben den ausgleichenden Effekten auf das vegetative Nervensystem und die Wahrnehmungsfähigkeit haben die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen in diesen Zusammenhängen eine systemstabilisierende Funktion: Sie sollen die Verhältnisse erträglicher gestalten, hohen Krankenständen vorbeugen und in betrieblichen Zusammenhängen letztlich die Produktivität steigern. Zwischen diesem Präventionsbereich und der stationären psychosomatischen Behandlung klafft dabei eine Versorgungslücke; der ambulante Bereich existiert im psychosomatischen Bereich kaum. Die Konsequenzen reihen sich ein in den seit den 80er Jahren geführten Individualisierungsdiskurs (vgl. Beck, 1986). Auch im

Rahmen der (post-)foucaultschen *governmentality studies* wurde vielfach untersucht, inwieweit die Zurücknahme direkter staatlicher Interventionen nicht als eine Verringerung des Zwanges beschrieben werden kann, sondern als eine Ausweitung und Transformation in politisch regulierte und *in die eigene Hand zu nehmende* Selbstführungspflichten (vgl. Bröckling, 2007).

Ein Stück weit waren diese Prozesse, die ich als Anpassungsvorgang bezeichne, der Preis, den die Psychosomatik für ihre Existenz im akademischen Betrieb zahlen musste, was durchaus auch als Erfolgsgeschichte gelesen werden kann. Unter Berücksichtigung des emanzipatorischen Potenzials, das auf dem Weg verschütt ging, ist es allerdings treffender, von erfolgreichem Scheitern zu sprechen.

► Anmerkungen

- 1 Ich widme diesen Aufsatz Prof. Dr. Bernhard Blanke †, dessen Unterstützung meine Dissertation ungemein bereichert hat. Zudem danke ich der Rosa-Luxemburg-Stiftung für die Finanzierung.

► Literatur

Alexander, Franz (1994). Der Einfluß psychologischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen: Ein Symposium. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 205-235.

Alexander, Franz (1985). *Psychosomatische Medizin – Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin/New York: De Gruyter.

Beck, Ulrich (1986). *Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourquin, Marcel & von Kerekjarto, Margit (1964). Mögliche Ursachen der Entstehung einer chronischen Magenkrankung bei einem eineiigen Zwillingsspaarling. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 10, 10-16.

Brede, Karola (1972). *Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Zum Verhältnis von Soziologie und Psychosomatischer Medizin*. Frankfurt am Main: Athenäum.

Bröckling, Ulrich (2007). *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Brunner, Markus, Burgermeister, Nicole, Lohl, Jan & Winter, Sebastian (2012). Critical psychoanalytic social psychology in the German speaking countries. *Annual Review of Critical Psychology*, 10, 419-468.

Brunner, Markus & Lohl, Jan (2012). »Außerdem würde ich gerne mal einen Orgon-Akkumulator bauen ...« Zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der psychoanalytischen Sozialpsychologie. Geschichtsüberblick und Umfrageergebnisse. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 36 (2/3), 31-60.

Bühren, Astrid, Voderholzer, Ulrich, Schulte-Markwort, Michael, Loew, Thomas H., Neitscher, Friedrich, Hohagen, Fritz & Berger, Mathias (2008). Psychische Erkrankungen: Alle Fachgebiete sind gefordert. *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 280-284.

Császár, G. & Juhász, E. (1979). Untersuchungen von zwei psychosomatischen Erkrankungen des gastrointestinalen Systems (Ulkus, Kolitis) mittels des Frustrationstests. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 25, 169-182.

Deter, Hans-Christian & Manz, Rolf (1991). Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus-Crohn-Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 45-59.

Dreyer, H. & Garges, Th. (1964). Über die Verteilung von Magenkrankheiten auf bestimmte Belegschaftsgruppen eines westdeutschen Großbetriebes. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 10, 17-25.

Fleck, Ludwik (1983): Zur Krise der Wirklichkeit. *Die Naturwissenschaften*, 17, 425-430. Wiederveröffentlicht in Lothar Schäfer & Thomas Schnelle (Hrsg.), *Ludwik Fleck – Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze* (S. 46-58). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Glatzel, Hans (1954/55). Zur Psychosomatik der Ulkuserkrankheit. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 1, 11-21.

Hagedorn, Egon (1972). Zur Pathogenese psychosomatischer Colonerkrankungen. Beziehungen zwischen Pathophysiologie und Psychodynamik. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 18, 131-144.

Hagspühl, Klaus (1954/55). Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen- und Darmerkrankungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 1, 21-28.

Hahn, Peter (1983a). Klinisch-Biographische Ansätze. In ders. (Hrsg.), *Psychosomatik*, (S. 34-42). Auskopplung aus: *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*, 1979. Zürich: Kindler Verlag AG.

- Hahn, Peter (1983b). Konversion. In ders. (Hrsg.), *Psychosomatik*, (S. 116-126). Auskopplung aus: *Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts*, 1979. Zürich: Kindler Verlag AG.
- Hasler, Felix (2012). *Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Horn, Klaus (1982). Krankheit und gesellschaftliche Entwicklung – Einige kostenintensive Probleme unseres Gesundheitssystems. *Leviathan*, 10, 153-179.
- Hoyer, Timo (2008). *Im Getümmel der Welt: Alexander Mitscherlich – ein Porträt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jörgens, Hans & Dieckhöfer, Klemens (1972). Internistische und psychopathologische Aspekte zur Colitis ulcerosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 18, 305-323.
- Kipnowski, Jochen & Kipnowski, Annette (1981). Psychosomatischer Beitrag zur Ätiopathogenese der Colitis ulcerosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 27, 372-380.
- Kollbrunner, Jörg G. (2010). *Die Reanimation der Psychosomatik. Kritische Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lieberz, Klaus (1991). Colitis ulcerosa. – Ein Beitrag zur Verursachungsdiskussion. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37, 343-349.
- Lorenzer, Alfred (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mitscherlich, Alexander (1966). *Krankheit als Konflikt. Studien zur Psychosomatischen Medizin I*. Frankfurt am Main. Wiederveröffentlicht in: Klaus Menne (Hrsg.) (1983). *Alexander Mitscherlich. Gesammelte Schriften. Band II* (S. 9-298). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mitscherlich, Alexander (1967). Soziologische und psychoanalytische Forschung als natürliche Verbündete. In ders., *Krankheit als Konflikt. Studien zur Psychosomatischen Medizin II*. Frankfurt am Main, S. 150-166. Wiederveröffentlicht in Klaus Menne (Hrsg.) (1983). *Alexander Mitscherlich. Gesammelte Schriften. Band II* (S. 445-460). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Möhle, Sebastian (2010). *Die erste Generation der deutschen Psychosomatik. Frühe psychoanalytische Ansätze und Entwicklungen*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Probst, Bernhard, Wietersheim, Jörn von, Wilke, Eberhard & Feiereis, Hubert (1990). Soziale Integration von Morbus-Crohn- und Colitis-ulcerosa-Patienten. Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 36, 258-275.
- Schäfer, Lothar & Schnelle, Thomas (1983). Die Aktualität Ludwik Flecks in Wissenschaftssoziologie und Erkenntnistheorie. In dies. (Hrsg.), *Ludwik Fleck –*

Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze (S. 9-34). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Schnelle, Thomas (1982). *Ludwik Fleck – Leben und Denken*. Freiburg: HochschulVerlag.

Schwidder, Werner (1954/55). Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 1, 4-10.

Springer, Anne, Münch, Karsten, Munz, Dietrich (Hrsg.). (2007). *Psychoanalyse heute?! Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006*. Gießen/Lahn: Psychosozial-Verlag.

Stöckel, Sigrid (2009). Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung der Wissenschaft. In dies., Wiebke Lisner & Gerlind Rüge (Hrsg.), *Das Medium Wissenschaftszeitschrift seit dem 19. Jahrhundert* (S. 9-23). Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Thoma, Peter (1985). *Psychische Erkrankung und Gesellschaft – eine medizinsoziologische Analyse*. Frankfurt am Main/New York: Campus.

Vogt, Rolf (1983). Wissenschaftstheoretische Leitlinien in ihrer Bedeutung für die Psychosomatische Medizin. In Peter Hahn (Hrsg.), *Psychosomatik*, (S. 34-42). Auskopplung aus Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, 1979. Zürich: Kindler Verlag AG.

Wirsching, Michael (1984). Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 30, 238-246.

Weizsäcker, Viktor von (1949). Psychosomatische Medizin. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin*, 55, 13-24. Wiederveröffentlicht in Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk & Carl Friedrich von Weizsäcker (Hrsg.). (1986-2005), *Viktor von Weizsäcker. Gesammelte Schriften. Band VI* (S. 451-464). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Zepf, Siegfried, Künsebeck, Hans W. & Sittaro, Nicola (1981). Körperbeschwerden und narzißtische Objektbeziehung bei Patienten mit Colitis ulcerosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 27, 59-72.